



SERVICIO SALUD DE TARAPACÁ
HOSPITAL DR. ERNESTO TORRES
PAIC/BAC/POPI/JOBI/JVD/FAV/fav

Planificación
y control de la gestión
hospitalaria

RESOLUCIÓN EXENTA N° 1744

IQUIQUE, 05 AGO 2024

VISTOS: Lo establecido en el D. F. L. N° 01/ 05, del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto Ley N° 2.763/79 y de las Leyes N° 18.933 y N° 18.469; lo dispuesto por el Decreto N° 75/06, del Ministerio de Salud, que contiene el Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud en lo que resulte aplicable; lo dispuesto por el Decreto N° 38/05 del Ministerio de Salud, que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y Establecimientos de Autogestión en Red; lo dispuesto por la Ley N° 19.966 que establece un Régimen de Garantías en Salud; lo dispuesto por la Ley N° 20.584 que Regula los Derechos y Deberes que tienen las Personas en Relación con Atenciones Vinculadas a su Atención en Salud; lo dispuesto por la Resolución Exenta IP/N° 1108 del 27/06/2017 de la Superintendencia de Salud, que registra como prestador Institucional de Salud Acreditado al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique; lo dispuesto por el artículo decimoquinto transitorio de la Ley n° 19.937, que otorga la calidad de Autogestionado en Red al Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames de Iquique; lo dispuesto por la Resolución Exenta N° 2291/2018 de la Dirección del Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que aprueba el Plan Estratégico del establecimiento de salud; lo establecido por la Resolución N° 6 y 7 /19 de la Contraloría General de la República y las facultades que me confiere la Resolución Exenta N° 942/02/2024, de la Dirección del Servicio de Salud de Tarapacá.

CONSIDERANDO:

1. Que por la Ley N° 19.937 se modifica el D.L. N° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana, por la que se crea la figura de los Establecimientos Autogestionados en Red, con la finalidad de obtener una mejora en la eficiencia en los hospitales más complejos del sistema de salud pública del país, otorgando mayores facultades a su Director respecto de las materias que con posterioridad vino a regular el Decreto N° 38 de 2005 del Ministerio de Salud relativas al recurso humano, financiero, físico y transacciones con terceros respecto de las materias

propias de su competencia dentro del cumplimiento de las funciones asignadas al Hospital Autogestionado en Red.

2. Que el Hospital "Dr. Ernesto Torres Galdames" de Iquique, Hospital Autogestionado en Red, cuenta con Acreditación de Calidad otorgada por Resolución Exenta IP/ N° 1108 con fecha 27 de junio de 2017 y ha desarrollado una política orientada a proporcionar la atención necesaria a sus pacientes, en forma oportuna, expedita y coordinada como forma de propender a garantizar de mejor manera sus derechos vinculados a sus atenciones de salud a las que este nosocomio se encuentra obligado por mandato Constitucional y Legal.

3. Que por su parte el Decreto N° 38 de 2005 del Ministerio de Salud, ya mencionado, que contiene el texto del Reglamento Orgánico de los Establecimiento de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red, estableció los requisitos necesarios para la obtención y mantención de dicha calidad y específicamente en su artículo 16, letra c) establece que entre los requisitos mínimos que se deben cumplir para la obtención de la calidad de Establecimiento Autogestionado el establecimiento debe contar con un Plan de Desarrollo Estratégico y letra d) contar con un Plan Anual de Actividades.

4. Que el documento ministerial Instrumento de Evaluación para establecimientos autogestionados en Red año 2024, establece 11 Objetivos Sanitarios y que para alcanzarlos se hace necesario contar con un Plan Anual de Actividades Año 2024, haciendo foco en la mejora de procesos críticos como: Gestión de Camas, Listas de Esperas, Gestión de Calidad. Cumplimiento GES, cumplimiento indicadores clínicos y en su conjunto las actividades estratégicas contempladas en el Balanced Scorecard 2024, entre otros que se encuentran alineados en los 4 Temas Estratégicos Institucionales 1) Sustentabilidad Estratégica; 2) Eficiencia Operacional; 3) Gestión Asistencial en Red; 4) Calidad de la Atención.

R E S U E L V O:

1°.- APRUEBASE el conjunto de acciones contenidas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2024" del establecimiento autogestionado en red Hospital Dr. Ernesto Torres Galdames, que sirven para alcanzar los objetivos estratégicos sanitarios definidos por el Ministerio de Salud para los hospitales autogestionados en red.

PLAN ACTIVIDADES HDETG AÑO 2024

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)

OE Nº1	Optimizar el uso de los recursos para mejorar la prestación de los servicios	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE											
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº2	Satisfacer la Demanda de la Atención				Realizar monitoreo mensual por especialidad médica, odontológica y no médica, basados en informes preparados por la Unidad de Gestión de la Información, con fuente REM oficial.					X	X	X	X	X	X	X	
OE Nº 2.1	Optimizar el recurso de horas profesionales médicos, no médicos y odontólogos especialistas del área ambulatoria	% Cumplimiento de la Programación anual de Profesionales Médicos, no Médicos y Odontólogos especialistas realizadas de manera presencial, remota y por telemedicina.	M ≥ 95%	Ausencia de Seguimiento y Control de la actividad clínica	Reactivar Comité de Programación y Planificación Médica, no Médica e integrar a Especialidades Odontológicas, que se reúnan las veces que sea necesario o al menos 1 vez al mes												
					Realizar reuniones con policlinicos de especialidades médicas para analizar causas de incumplimientos.						X	X	X	X	X	X	X
		% Altas Odontológicas de especialidades del nivel secundario por ingreso de tratamiento	M ≥ 90%	No hay sistemas de información que faciliten el control oportuno de producción	Implementar el uso de YANI atención abierta en policlinicos del CAE					X			X			X	
					Realizar oportunamente reprogramación de CME, de acuerdo a lineamientos ministeriales												
OE Nº7	Optimizar los procesos críticos que impacten en el buen uso de los recursos	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE											
OE Nº 7.1	Valorizar y disminuir los excesos de estancias outliers superiores respecto de la línea base	Var. de la valoración de los excesos de estancias outliers superiores (VEEOS)	M<= 0%	No se utiliza información SIGCOM para la toma de decisiones	Realizar presentación mensual al Consejo Directivo, de la valorización y resultados de outliers.								X	X	X	X	X
					Subdirección Médica analiza trimestralmente las causas de los excesos de estancias outliers superiores.									X	X	X	X
					Incluir a Subdirector Administrativo como integrante del Comité de Eficiencia Hospitalaria.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Levantar proceso que permita identificar oportunamente gastos variables o servicios pendientes de pago vía licitación o contratos con personas naturales no planificadas. Informar a Consejo Directivo.												
OE Nº 7.2	Mejorar la programación financiera del EAR	Variación % de las estimaciones presupuestarias respecto del gasto ejecutado	M ≤ -5% y ≤ 5%	Falta de control de gastos variables que afectan las estimaciones	Contar con plan de desarrollo sistema digital de flujo de información de pagos subtitulo.												
					Realizar en reuniones del Consejo Directivo, análisis de la estimación por subtitulo.												
					Efectuar proyecciones Subt 22 en base a flujo y variabilidad estacional años anteriores, cruzada con la actividad real condicionando aspectos fijos y variables en forma detallada.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Establecer marco presupuestario en subt. 22 según estimaciones establecidas en la programación y dadas a conocer y ajustar en Comité de Compras en forma mensual, con énfasis en compras 22 variables.				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Efectuar proyecciones y control Subt 21 en base a contrataciones condicionando aspectos fijos y variables en forma detallada, énfasis en aspectos variables (al menos en honorarios, horas extras, suplencias y reemplazos, viáticos, asignación de estímulo).												
					Presentación sobre el seguimiento y Control de comportamiento de la variación del gasto con Servicio de Salud para subt. 21 y subt. 22												
					SDGP - Jefe Planificación SDGP												
					SDA - Depto. Finanzas												
					SDA - Depto. Finanzas												
					SDA - Depto. Finanzas - SDGDP												

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)

[illegible]

ESTRATEGIA SUSTENTABILIDAD FINANCIERA (8)

[illegible]

EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

OE N°3	Proporc. at. oportuna, seg. Y digna	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE N° 3.1	Medir el tiempo total del subproceso de atención clínica para optimizar los tiempos de atención o permanencia, que impactan en la capacidad de producción de la UEH	% de pctes. atendidos dentro del estándar en UEH	M>=90%	Registros no digitales de la actividad clínico - administrativa en área de urgencia	Implementar módulo YANI en la UEH, resolviendo observaciones levantadas por el RRHH del área.	SDA - Depto. Informática							X	X	X	X	X	X
					Implementar 3 estaciones de acceso al registro y datos de pacientes en la UEH.	SDA - Depto. Informática								X				
					Implementar dispositivos de información de tiempos de espera en la red de urgencia de la red asistencial.	SDA - Depto. Informática									X			
OE N° 3.4	Mejorar la oportunidad de atención médica a los pacientes categorizados C2 en las UEH adulto y pediátrico	% usuarios categorizados C2 atendidos oportunamente en las UEH adulta y pediátrica.	M>=95%	Falta de conocimiento de herramientas de control para los equipos	Puesta en marcha YANI en la UEH	SDA - Depto. Informática										X		
					Acompañamiento de jefatura técnica y R1 (Médicos a cargo del turno) evaluando a los pacientes.	Jefe y Supervisora Urgencia Técnico				X	X	X	X	X	X	X	X	X
				Ausencia de modelo de atención de urgencia eficiente.	Participación activa en reuniones de UGCC para velar por el flujo de pacientes	Jefe y Supervisora Urgencia					X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 3.2	Disminuir las suspensiones quirúrgicas mayores electivas	% de Suspensiones quirúrgicas mayores electivas	<=6,5%	No se cuenta con protocolización de la preparación quirúrgica a pacientes hospitalizados	Sensibilización y capacitación del personal médico y de enfermería	Jefe y Supervisora Urgencia				X	X	X	X	X	X	X	X	X
				No se cuenta con protocolos de exámenes preoperatorios por especialidad	Flujo diferencial con pacientes C2/ES12	Jefe y Supervisora Urgencia				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Sectorización de pacientes C2/ES12	Jefe y Supervisora Urgencia				X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 8.1	Aumentar el porcentaje de intervenciones quirúrgicas mayores programadas de tipo ambulatorias	% de ambulatorización de cirugías mayores electivas	M=49%	No existe entrega por escrito a pacientes con instrucciones preoperatorias	Servicios Clínicos quirúrgicos deben elaborar protocolo de preparación de pacientes hospitalizados	SDGCP									X			
					Contar con Flyer que contenga instrucciones preoperatorias a pacientes	SDM								X				
					Realizar levantamiento de cirugías posibles de ambulatorizar	SDM									X			
OE N° 8.5	Utilizar de forma eficiente el recurso de quirófano electivo e indiferenciados de la dotación	% de cumplimiento de trazadoras de productividad quirúrgica	M1>=75%; M2>=4,1 cirugías; M>=30% LEQ	No se cuenta con levantamiento de cirugías posibles de ambulatorizar en la institución	Realizar actualización de cartera de servicios que defina categorización de cirugías ambulatorias	SDM									X			
					Destinar horas médicas para nombrar Jefe de CMA	SDM						X						
				Falta de protocolos en el proceso quirúrgico, capacitaciones y desconocimiento del programa de mantención preventiva de equipos locales	Levantamiento de proceso quirúrgico local	Pabellón				X	X	X	X	X	X	X	X	X
OE N° 3.3	Garantizar la oportunidad de acceso a cama de dotación a los pacientes que ingresan vía UEH	Porcentaje de pacientes con indicación de hospitalización desde UEH, que acceden a cama de dotación en menos de 12 horas	M ≥ 85,0%		Protocolos estipulados en conjunto con esterilización	Pabellón - Esterilización				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Control de procesos internos de la secuencia quirúrgica	Pabellón				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Solicitar herramientas de formación (GRD - gestión de procesos - administración - compras públicas)	Capacitación				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Conocer el proceso e involucrarnos en la adquisición de equipos e insumos	Mantención				X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Fortalecer el control interno del programa de mantención preventiva de equipos quirúrgicos	Mantención				X	X	X	X	X	X	X	X	X
				Registros no digitales de la actividad clínico - administrativa en área de urgencia	Implementación, habilitación y puesta en marcha YANI urgencia	SDA - SDM										X		

EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

[illegible]

EFICIENCIA OPERACIONAL (13)

[illegible]

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

OE Nº 4	Gestionar la demanda asistencial, facilitar el acceso y la oportunidad en la atención.	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
OE Nº 4.1	Cumplir con las garantías GES en las prestaciones otorgadas	% de Cumplimiento GES en la Red	M = 100 %	Aumento de la demanda de los pacientes con problemas de salud GES y escasa oferta para la atención y cumplimiento de las garantías de oportunidad (GO).	Fomar equipo de trabajo GES conformado por Director, SDM, Referente GES de SDM, encargada Unidad GES y Jefes de servicio según problema de salud a tratar.	Director			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Fomar equipo de trabajo GES conformado por SDM, Referente GES de SDM, encargada Unidad GES y Jefes de servicio según problema de salud a tratar.	SDM			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Monitoreo de GO GES vencidas y por vencer e informar en reuniones de jefes de servicio para obtener propuestas y acciones de cumplimiento de estas.	SDM			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Monitoreo, coordinación, seguimiento y digitación en SIGGES del cumplimiento de las GO GES en HETG.	Encargada GES	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Priorizar y disponer de horas de consulta agendadas por especialidades médicas otorgadas por SOME para las GO GES.	SDM, Jefe CAE y Jefatura SOME, apoyo de referente GES			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Priorizar procedimientos de Imagenología, TAC, RNM, ECO para confirmación diagnóstica, etapificación y seguimiento GO GES.	SDM , Jefe de Imagenología			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Priorizar procedimientos de endoscopia para garantías GES de confirmación diagnóstica y seguimiento (EDA, EDB, Colangio).	SDM, Jefe de Unidad Endoscopia			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Planificar, programar y licitar convenios de compras de procedimientos con insuficiente oferta para la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento, que se requieren por canasta GES.	SDM, SDGC, SDA,		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Planificar, programar y licitar convenios de compras de procedimientos sin oferta para la confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento, que se requieren por canasta GES. (Pet CT, IHQ, RNM con sedación)	SDM, SDGC, SDA,			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Planificación y programación eficiente y oportuna de los pacientes que requieren de cirugía electiva ambulatoria y hospitalización.	SDM/ SDGC / Jefes Servicios Quirúrgicos con apoyo de referente GES SDM y encargada GES			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
OE Nº 4.2	Disminuir la mediana de días de espera de CNE médica, en relación con la mejor mediana del año 2023	Porcentaje de cumplimiento de la meta de disminución de días de mediana de espera para Consulta Nueva de Especialidad	M = Mediana de 210 días de espera	Débil gestión administrativa de los casos en lista de espera de consulta nueva de especialidad	Seguimiento y gestión de Garantías de Oportunidad GES por las jefaturas y profesionales de los policlínicos y servicios de hospitalizados.	SDM, Jefe CAE y Servicios clínicos / Supervisora CAE y Servicios clínicos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Planificar y realizar convenios de compra preventiva anual para contar con alternativas de solución oportuna en caso de falencias de servicios en HETG. (RRHH, quirófanos, camas)	SDM, SDA con apoyo de referente GES SDM y encargada GES.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Generar documento a jefes de servicio y especialidades médicas para recordar la confección oportuna de los documentos GES al término de la evaluación médica cuando se requiera de sospecha, confirmar o descartar, notificación, solicitud de interconsulta de derivación, cierre de caso y excepción de garantía en cualquiera de los 87 problemas de salud.	SDM, Jefes de Servicios clínicos y Especialidades.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Levantar requerimientos de equipos con vida útil cumplida y funcionamiento deficiente para construir proyectos de adquisición que permitan un recambio y una atención continua y oportuna.	SDM, SDA, Jefe Unidad Proyectos			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Actualización de resolución GES con los encargados y supervisoras de procesos.	SDM / Referente GES SDM, Jefe CAE, encargada Unidad GES			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Planificar Operativos considerando la demanda requerida y oferta de especialidades médicas según la necesidad de Garantías GES.	SDM, SDA con apoyo de Referente GES SDM y Encargada GES.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Programar y ejecutar reuniones con Jefe de Informática para priorizar los requerimientos del sistema YANI: 1.- Habilitar sistema de alerta para los PS GES con la confección de los documentos GES requeridos. 2.- Otros requerimientos GES que se identifiquen.	SDM, Jefe de Informática, Referente GES de SDM y Encargada GES y otros que se destine o a solicitud del Director			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
					Formar equipo de trabajo LECN conformado por Director, SDM, Referente LE, Médico gestor LE, Jefe CAE, SOME. Con análisis de problemas, de estrategias y de resultados.	Director			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Formar equipo de trabajo LECN conformado por SDM, Referente LE, Médico gestor de LE, Jefe del CAE, SOME. Con análisis de problemas, de estrategias y de resultados.	SDM			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Designación de médico encargado de la gestión de los pacientes de la LE.	SDM			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

[illegible]

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

[illegible]

GESTIÓN ASISTENCIAL EN RED (9)

[illegible]

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

OE Nº	PROPORCIONAR ATENCIÓN OPORTUNA, SEGURA Y DIGNA	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE												
							1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 6				Ausencia de software informático que permita la adecuada gestión de inventario en farmacia (gestión de stock, demanda no satisfecha, mermas por vencimiento, entre otras).	Contar con Plan de desarrollo o adquisición de software informático para la gestión de inventario.	SDM - U. Farmacia - SDA - Depto. Informática												
OE Nº 6.1	Proporcionar los medicamentos prescritos a los pacientes del área ambulatoria en forma completa y oportuna	% de Despacho de Receta Total y Oportuno	M>=99.5%	Falta de conocimiento por parte del equipo de la importancia del despacho de receta total y oportuno. Desactualización del manual de procedimientos de farmacia especialidades (marzo 2022) que incluye: Programación de medicamentos y retiro de medicamentos desde bodegas de abastecimiento. Ausencia de bodega activa en dependencias de farmacia ambulatoria que permita disponer de los medicamentos de forma oportuna.	Educación al equipo de farmacia ambulatoria respecto a la importancia del despacho de receta total y oportuno. Actualización del manual de procedimientos de farmacia especialidades	SDM - U. Farmacia									X			
OE Nº 6.2	Implementar estrategias generadas en el marco del Plan Trienal de Participación Social y Gestión de la Satisfacción Usuaría en concordancia con la programación anual 2024.	% de cumplimiento de estrategias/acciones para la gestión de satisfacción usuaria	M =100%	Ausencia de Planes de Trabajo	Solicitud de modificación de planta física de farmacia ambulatoria que incluya una bodega activa de medicamentos. Activar funcionamiento de acompañamiento espiritual y voluntariados Inducción acompañamiento espiritual Creación de credenciales con vigencias de 4 años Vacunación, acompañamiento espiritual y voluntariado Realizar reuniones entre voluntariado y equipo directivo HDETG Análisis de causas con Jefaturas de Servicios Clínicos o Unidades con reclamos por trato al usuario y realizar capacitaciones pertinentes. Aplicar instrumento de Satisfacción Usuaría en áreas ambulatorias, hospitalización y urgencias.	U. Farmacia U. Gestión al Usuario U. Gestión al Usuario U. Gestión al Usuario U. Gestión al Usuario U. Gestión al Usuario U. Gestión al Usuario U. Gestión al Usuario			X									
OE Nº 6.4	Incentivar la lactancia materna exclusiva antes del sexto mes de vida, como fomento de una alimentación saludable previniendo obesidad y otras enfermedades no transmisibles.	% Egresos con lactancia materna	M >=93%	Existe capacidad para fortalecer la lactancia materna.	Reuniones bimensuales del Comité de lactancia materna Capacitar a profesionales funcionarios y profesionales no médicos en lactancia materna Actividad de fomento de la lactancia materna, incluye charlas por radio emisoras	SDM - Coordinadora Matronería SDM - Coordinadora Matronería SDM - Coordinadora Matronería												
OE Nº 9	Mejorar la Calidad de Información Estadística			NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
				Falta de conocimiento en funcionarios de la responsabilidad por la calidad y oportunidad del registro clínico administrativo Falta monitoreo diario del registro de producción	Participar en reuniones, comisiones internas, con jefes de unidades de producción y destacar la importancia de la calidad y oportunidad del registro. Entrega de reportes semanales de actividades no confirmadas en áreas de urgencia y ambulatorio (médicos y no médicos) Continuar con el desarrollar dashboard de producción del proceso ambulatorio y de Urgencia Adulto Infantil	UGIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
				Entrega de datos de producción con falta de oportunidad y concordancia	Reiterar por resolución a las unidades de producción, con apoyo de Dirección, plazos mensuales para la entrega de información. Calendarización con los cierres estadísticos. Velar por la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REMI.	UGIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
				Existen entrega de registros manuales de producción	Realizar plan de trabajo que aborde el desarrollo de soluciones de automatización de la información. Unidad Gestión de la Información - Depto. Informática. Ambulatorio, Apoyo Diagnóstico	UGIS	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
				Existe capacidad para fortalecer el conocimiento en herramientas para el procesamiento de datos.	Reiterar cursos para fortalecer el conocimiento en el procesamiento de datos.	UGIS												
OE Nº 9.1	Mejorar la consistencia de los registros estadísticos oficiales	Porcentaje de áreas de producción con registros de producción automatizado.	100% de las áreas de producción con registros de actividad de actividad automatizado.	Inconsistencia en registros SIGTE	Velar por el correcto uso y cumplimiento de plazos en carga de registros en SIGTE. Velar por la consistencia de los registros en SIGTE v/s ingresos y egresos de listas de esperas. Integrarse a la red, en reuniones del proceso de información SIGTE. Comunicar formalmente las debilidades de SIGTE y reportar mensualmente al gestor de red registros de pacientes atendidos pero que no pueden ser egresados de SIGTE.	UGIS - Depto. Informática UGIS - Depto. Informática UGIS												

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

OE Nº 10	Fortalecer procesos de mejora continua y calidad	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE											
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OE Nº 10.1	Suscibir e implementar compromisos en las áreas auditadas	% Comp. suscritos e imp. prod. de una Auditoría	M: T1: ≥ 90,0% compromisos suscritos T2: ≥ 90,0%, ≥ 80,0% o ≥ 70,0% de implementación de compromisos según nivel de compromisos al año.	Ausencia de Planes de Mejora	Nombrar funcionario Referente de Gestión que apoye la gestión Directiva de Planes de Mejora y su Implementación.	Director			X								
					Reforzar indicación Directiva de responsabilidad de Subdirectores.	Referente Gestor				X							
					Comunicar a Subdirectores aplicación del EA respecto de incumplimientos de plazos de planes de mejoras y su implementación.	Referente Gestor				X							
					Incorporar en perfil de Subdirectores, la responsabilidad de cumplimiento en elaboración de planes de mejoras y su implementación.	Director					X						
					Funcionario Referente de Gestión informar mensualmente por escrito a Director del cumplimiento de Planes de Mejora y su Implementación.	Referente Gestor			X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Funcionario Referente de Gestión debe coordinar mensualmente reunión entre Director y Subdirectores para informar de avances de los planes de mejora y su implementación.	Referente Gestor			X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Utilizar sistema informático de CGR para realizar monitoreo de planes de acción	U. Auditoría					X	X	X	X	X	X	X
					Referente de Gestión debe realizar reuniones periódicas con jefes de áreas auditadas	U. Auditoría				X	X	X	X	X	X	X	X
					Cumplir Resolución Exenta 12780 del 14.12.2023 aprueba Plan de Trabajo Auditoría 2024 y posteriores modificaciones.	U. Auditoría	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Modelar proceso de sumarios.	SDyGP							X				
OE Nº 10.2	Contar con un proceso sumarial ordenado en sus etapas, definición de roles y responsabilidades.	% Cumplimiento del Plan de Actividades de Proceso Sumarial	M = 100%	No existe información clara sobre los sumarios para la correcta y oportuna toma de decisiones.	Mantener actualizados Manuales de procedimientos sumariales, publicar e informar de sus actualizaciones a la comunidad hospitalaria.	SDyGP							X	X	X	X	X
					Definir roles y responsabilidades de funcionarios y unidades que intervienen en las diferentes etapas del Proceso Sumarial.	SDyGP							X				
					Establecer formatos de reportes de los estados de sumarios de la institución a la autoridad.	SDyGP								X			
					Entregar mensualmente a la autoridad los estados de los sumarios de la institución.	SDyGP								X	X	X	X
					Iniciar el proceso de reuniones internas y desarrollo del manual de organización.	U. Fiscalía Administrativa				X	X	X	X	X	X	X	X
OE Nº10.3	Contribuir a que la autoridad resuelva oportunamente las posibles responsabilidades funcionarias en procesos sumariales.	% de designaciones de fiscales y/o instructores para procesos sumariales instruidos por la Dirección en un plazo N.	M = 75%	Autoridad no puede resolver en forma oportuna las posibles asignaciones de funcionarios idóneos e iniciar los procesos disciplinarios dentro del plazo legal debido a la recepción fuera de plazo de antecedentes.	Levantar los aspectos de riesgos que afecten los procesos de la Fiscalía y evaluarlos en base al procedimiento de matriz riesgo del CAIGG	U. Fiscalía Administrativa							X	X	X	X	X
					Diseñar el flujo de procesos en las etapas de recepción	U. Fiscalía Administrativa					X	X	X	X	X	X	X
OE Nº 15	Fortalecer sistemas de información y registros de la actividad clínica	INDICADOR	META	NODO CRÍTICO	ACTIVIDADES	AREA RESPONSABLE											
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
						U. Planificación y Control de Gestión							X				
						Depto. Informática	X										
						DIRECCIÓN			X								
						Depto. Informática			X			X					X
						Depto. Informática								X			
						Depto. Informática											
						Depto. Informática											
						Depto. Informática	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
						UGIS - Depto. Informática					X	X	X	X	X	X	X
						Depto. Informática - UGIS											
						Depto. Informática	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
						Depto. Informática					X						
						Depto. Informática											
E Nº 15.1	Contar con sistemas de información para la actividad hospitalaria.	Porcentaje de actividades ejecutadas del Plan de Informática	M=90%	Existen en bases de datos registros inconsistentes	Reactivar Comité de gestión de procesos e informática local, multidisciplinario.	U. Planificación y Control de Gestión											
					Implementar turno para entregar "Soporte Informático" en horas inhábiles.	Depto. Informática	X										
					Determinar estratégicamente la dependencia administrativa permanente del Depto. de Informática.	DIRECCIÓN			X								
					Mantener actualizada brecha de equipos computacionales.	Depto. Informática			X			X					X
					Comité de Informática local debe contar con procedimiento de levantamiento de requerimientos institucionales sobre soluciones informáticas.	Depto. Informática								X			
E Nº 15.1	Contar con sistemas de información para la actividad hospitalaria.	Porcentaje de actividades ejecutadas del Plan de Informática	M=90%	Existen en bases de datos registros inconsistentes	Participar en reuniones de análisis de datos, de haber observaciones a la calidad de los datos, se debe corregir y desarrollar la mejora en los sistemas que impidan el ingreso de datos erróneos.	Depto. Informática	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Mantener la concordancia entre las atenciones médicas (At. Abierta, Cerrada y de Urgencia), informadas a través de registros clínicos (SIDRA) y REM.	UGIS - Depto. Informática					X	X	X	X	X	X	X
					Desarrollar plan de trabajo 2024 para el desarrollo de la automatización de registros de producción como de Kinesiología, Rehabilitación, Hospital de día.	Depto. Informática - UGIS											
					Depto. informática debe mantener la integración entre los sistemas de información local y los de red asistencial.	Depto. Informática	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
					Nombrar encargado en el establecimiento de seguridad de la información y ciberseguridad.	Depto. Informática					X						
					Diagnóstico de sistema de gestión de la seguridad de la información y ciberseguridad del HDETG.	Depto. Informática					X						

CALIDAD DE LA ATENCIÓN (10)

[illegible]

2.- **CÚMPLASE** por parte de las distintas Subdirecciones, Departamentos, Unidades y Oficinas las actividades detalladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2024".

3.- **PUBLÍQUESE** el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2024" documento completo y detallado, con responsables y plazos de cumplimiento en la página web del establecimiento autogestionado en red www.hospitaliquique.cl, con el nombre Plan_actividadesHDETG_2024.xls

4.- **DEFÍNASE** como metodología para el seguimiento y monitoreo de las actividades contempladas en el "Plan de Actividades de Gestión Hospitalaria 2024" el uso de la herramienta de Control de Gestión "Cuadro de Mando Integral" o "Balanced Scorecard".

5.- **HÁGASE** el seguimiento oportuno a las actividades por parte de la Unidad de Control de Gestión Hospitalaria.

6.- **DESE** cumplimiento al articulado 16, letra d) del Decreto Supremo Nº 38 del año 2005.-

ANÓTESE, REGÍSTRESE Y COMUNÍQUESE.



DR. PEDRO IRIONDO CORREA
19.882.506-1
RQM: 17.4181
MÉDICO CIRUJANO

**DR. PEDRO IRIONDO CORREA
DIRECTOR (S)
HOSPITAL "DR. ERNESTO TORRES GALDAMES"**

Lo que me permito transcribir a Ud., para su conocimiento y fines pertinentes.



**BERNARDITA JORQUERA GARCÍA
MINISTRO DE FE**

DISTRIBUCIÓN

Dirección
Sub Dirección Médica
Sub Dirección Gestión y Cuidado del Paciente
Sub Dirección Administrativa
Sub Dirección de Gestión y Desarrollo de las Personas
Unidad de Planificación y Control de la Gestión Hospitalaria ✓
Departamento de Informática
Oficina de Partes